

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0010172

2024/1

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5086 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : ABIL ABDERRAHIM

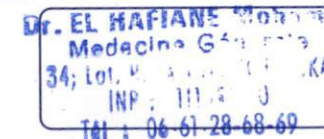
Date de naissance : 01/01/1954

Adresse : HABITUELLE

Tél : 0664012315 Total des frais engagés : 150DH + 435,60DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/02/2024

Nom et prénom du malade : 72 B. B. M. Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cystite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                                                           |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | A                 | C                     | 1150,00                         | Dr. EL HACHIMI<br>Mansour<br>34, Lot. AL Moustakbal, Lot. 1029, Sidi Maarouf<br>INPE : 092037332<br>Tél : 06-61-28-68-69 |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                          |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                          |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                          |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                          |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                          |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                          |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                          |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                                     | Date     | Montant de la Facture |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DE LA DECOUVERTE<br>Lot. Al Moustakbal, Lot. 1029, Sidi Maarouf<br>Tél : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46<br>INPE : 092037332 | 07/02/24 | 43560                 |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nature des Soins                         | Coefficient                             |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|----------------------------------------------|--|
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                                          | H                                       |                                              | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |
|                           | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21433552                                 |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000                                 |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | G                                        |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000                                 |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 11433553                                 |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                     |                                          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          | DATE DU DEVIS <input type="text"/>      |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed El Hafiane

Médecine Générale

34, Lot Reda  
24150, Tnine Chtouka  
GSM : 06 61 28 68 69

الدكتور محمد الحفيان

الطب العام

34، تجزئة رضا  
24150، اثنين هشتوكه  
المحمول : 06 61 28 68 69

Tnine Chtouka, le 27/02/2024 في اثنين هشتوكه،

أحمد الحفيان

74.80

- Cimetidine 200mg  
1 box

76.20 + 2

- Voltaren 250mg  
1 box

52.80 + 2

- cephalexin 500mg  
1 box

15.80

- Dolepessone 500mg  
1 box

87.00

- Relaxium 300mg  
1 box

435.60

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE  
Lot. Al Moustakbal, Lot. N° 7  
Route 1029, Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél. : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE  
Lot. Al Moustakbal, Lot. N° 7  
Route 1029, Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél. : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46



Dr. EL HAFIANE Mohamed  
Médecine Générale  
34, Lot. REDA, Tnine CHTOUKA  
INP : 11051850  
Tél : 06-61-28-68-69

مدة يتصباح زوال ح مساء

14 X

حبيبات صامدة للعصارة المعدية في برشامات

OEDES 20mg  
14 gélules



LOT 211481  
EXP 04/2024  
PPV 52.80DH

20 ملغ  
عن طريق الفم

أوديس<sup>®</sup>  
أوميبرازول

tableau c (liste II)  
جدول س (قائمة 2)

احرصوا على اخذ الجرعة بالوقت المحدد

Uniquement sur ordonnance  
لا يسلم إلا بوصفة الطبيب

CONDITIONS D'EMPLOI :  
Se conformer à la prescription médicale.  
يجب الالتزام بوصفة الطبيب  
Ne pas laisser à la portée des enfants.  
لا يترك في متناول الأطفال  
Conserver à une température inférieure à 25°C.  
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25°C  
Lire attentivement la notice avant toute utilisation.  
اقرأ النشرة داخله قبل الإستعمال

مدة يتصباح زوال ح مساء

14 X

حبيبات صامدة للعصارة المعدية في برشامات

OEDES 20mg  
14 gélules



LOT 211481  
EXP 04/2024  
PPV 52.80DH

20 ملغ  
عن طريق الفم

أوديس<sup>®</sup>  
أوميبرازول

tableau c (liste II)  
جدول س (قائمة 2)

احرصوا على اخذ الجرعة بالوقت المحدد

Uniquement sur ordonnance  
لا يسلم إلا بوصفة الطبيب

CONDITIONS D'EMPLOI :  
Se conformer à la prescription médicale.  
يجب الالتزام بوصفة الطبيب  
Ne pas laisser à la portée des enfants.  
لا يترك في متناول الأطفال  
Conserver à une température inférieure à 25°C.  
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25°C  
Lire attentivement la notice avant toute utilisation.  
اقرأ النشرة داخله قبل الإستعمال

Date  
lim. ut.:  
N° lot fab.:

09 2024  
TLV47

NOVARTIS

**Voltarène® SR**

**75mg**

Diclofenac de sodium

**SR®** ولتارين

75 ملغ

ديكلوفناك الصوديوم

Antirhumatismal, antiinflammatoire,  
analgésique

**Voltarène® SR**

**75mg**

Diclofenac de sodium

Voir la notice pour plus d'informations

اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

20 comprimés enrobés  
à 75 mg



6 118001 030408  
○ VOLTARENE® SR 75 mg  
Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

مضاد للروما

مضاد للالتهاب ، مضاد للألم

20 قرصا مغلفا من فئة 75 ملغ



Composition en Substance Active :

Diclofénac de sodium 75 mg

Excipient à effet notoire: Saccharrose

التركيبية :

ديكلوفيناك الصوديوم 75 ملغ

سواغ ذو مفعول معروف: سكروز

Date  
lim. ut.:  
N° lot fab.:

09 2024  
TLV47

NOVARTIS

**Voltarène® SR**

**75mg**

Diclofenac de sodium

**SR®** ولتارين

75 ملغ

ديكلوفناك الصوديوم

Antirhumatismal, antiinflammatoire,  
analgésique

**Voltarène® SR**

**75mg**

Diclofenac de sodium

Voir la notice pour plus d'informations

اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

20 comprimés enrobés  
à 75 mg



6 118001 030408  
○ VOLTARENE® SR 75 mg  
Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

مضاد للروما

مضاد للالتهاب ، مضاد للمس

20 قرصا مغلفا من فئة 75 ملغ



Composition en Substance Active :

Diclofénac de sodium 75 mg

Excipient à effet notoire: Saccharrose

التركيبية :

ديكلوفيناك الصوديوم 75 ملغ

سواغ ذو مفعول معروف: سكروز

# Relaxium<sup>®</sup> B6

300 mg



*1 gélule par jour*

**magnésium  
vitamine B6**

LOT : 210688  
DLUO : 12/2024  
87,00DH

**COMPLEXE RELAXANT**



146-147 Zl. Ta Mellâ - Casablanca

**Laboratoires Deva Pharmaceutique**  
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

VOIE ORALE  
30 GÉLULES

**Propriétés :** Le magnésium intervient dans le fonctionnement neuromusculaire. Son déficit peut causer nervosité, irritabilité, fatigabilité, crampes musculaires ainsi que les difficultés d'endormissement et de concentration, notamment en cas de surmenage. La vitamine B6 complète l'activité relaxante et équilibrante du magnésium - **Conseils d'utilisation :** 1 gélule par jour avec un grand verre d'eau, en complément d'une alimentation variée et équilibrée.

Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805322DMP/20UCAV1



0874180

**GENPHARMA**

Comprimés pelliculés



Ciprofloxacine

**500 mg**

**Cinabac®**

Voie orale - Ne peut être obtenu que sur ordonnance médicale.

**Composition :**

Ciprofloxacine ..... 500 mg

Excipients ..... qsp 1 comprimé

Indications, contre-indications, posologie, mode d'emploi : voir notice.

Conserver à une température inférieure à 25 °C

Conserver à l'abri de l'humidité

